ACOG PRACTICE BULLETIN

NUMBER 233 INTERIM UPDATE

Anemia in Pregnancy

RÉSUMÉ

L'anémie, anomalie hématologique la plus courante, est une réduction de la concentration des érythrocytes ou de l'hémoglobine dans le sang.

Les deux causes les plus fréquentes pendant la grossesse et la puerpéralité sont la carence en fer et l'anémie aiguë par perte de sang.

Les besoins en fer augmentent pendant la grossesse et un échec à maintenir des niveaux suffisants peut avoir des conséquences néfastes materno-fœtales.

Le but de ce document est de donner un bref aperçu des causes d'anémie pendant la grossesse, d'examiner les besoins en fer et fournir des recommandations pour le dépistage et la prise en charge clinique de l'anémie pendant la grossesse

Les conclusions suivantes sont basées sur de bonnes et cohérentes preuves scientifiques (niveau A) :

Une supplémentation en fer à faible dose est recommandée dès le premier trimestre pour diminuer la prévalence de l'anémie maternelle à l'accouchement.

Les recommandations et conclusions suivantes sont basées sur des données scientifiques limitées ou incohérentes (niveau B) :

- L'anémie ferriprive pendant la grossesse a été associée à un risque accru de faible poids à la naissance, d' accouchement prématuré et de mortalité périnatale et devrait donc être traitée par une supplémentation en fer en plus des vitamines prénatales.
- L'anémie sévère avec taux d'hémoglobine maternelle inférieur à 6 g/dL a été associé à des anomalies d'oxygénation fœtale, entraînant : tracés de RCF non rassurants, réduction du volume de liquide amniotique, vasodilatation cérébrale et mort fœtale. Ainsi, en cas d'anémie sévère, la transfusion maternelle doit être envisagée pour une indication foetale.
- Sur la base des preuves disponibles concernant l'efficacité et les effets secondaires possibles, pour ce qui est du traitement à utiliser pendant la

grossesse après la premier trimestre et pendant le post-partum, le fer parentéral est intéressant en cas d'intolérance ou de réponse insuffisante au fer par voie orale ou en cas de carence sévère.

Les recommandations suivantes sont basées principalement sur consensus et avis d'expert (niveau C) :

- Toutes les femmes enceintes doivent bénéficier d'un dépistage de l'anémie par une numération globulaire complète au premier trimestre et de nouveau entre 24 0/7 et 28 6/7 SA. Les patients anémiées c'est-à-dire ayant une hématocrite inférieure à 33% au premier et troisième trimestres et à 32% au deuxième trimestre doivent être évaluées pour déterminer la cause. Si une carence en fer est exclue, d'autres les étiologies doivent être recherchées.
- L'absence de réponse au traitement par fer doit inciter une enquête plus approfondie et peut suggérer une erreur diagnostic, maladie concomitante, malabsorption (parfois causée par l'utilisation de comprimés à enrobage entérique ou utilisation concomitante d'antiacides), non-observance ou perte de sang.